

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	GUIA DE MANEJO: REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CÓDIGO: DR-REHA-GM-04
 	DEPENDENCIA: UNIDAD DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	FECHA DE EMISIÓN: 07-09-2012
	PROCESO: DIAGNOSTICO Y REHABILITACION	VERSIÓN: 03
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 DE 14

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Determinar basado en la evidencia actual, la forma de realización de un diagnóstico oportuno así como el tratamiento adecuado de la fibromialgia en nuestra población hospitalaria.

2. METODOLOGIA

La presente guía fue realizada con base a la evidencia actual acerca del diagnóstico, tratamiento, y manejo de la fibromialgia. Se siguió la metodología de la medicina basada en la evidencia científica, de acuerdo con los niveles de evidencia propuestos por Cook DL y Sacket DL:

Niveles de evidencia científica sobre intervenciones terapéuticas.

Nivel de evidencia I

- Ensayo clínico controlado aleatorizado con n poblacional lo suficientemente importante como para ser: 1) Positivo, con bajo riesgo de conclusiones falso-positivas, o 2) Negativo, con bajo riesgo de conclusiones falso-negativas.
- Meta-análisis.

Nivel de evidencia II

- Ensayos clínicos controlados aleatorizados con n poblacional bajo que puedan mostrar: 1) Tendencias positivas que no son significativas con alto riesgo de conclusiones falso-positivas, o 2) Ninguna tendencia pero alta chance de conclusiones falso-negativas.

Nivel de evidencia III

- Ensayos clínicos no aleatorizados pero adecuados en otros aspectos.
- Estudios experimentales preferentemente de diferentes centros.

Nivel de evidencia IV

- Estudios con controles históricos.
- Estudios de series de casos

Nivel de evidencia V

- Opinión de autoridades reconocidas, basadas en la experiencia clínica no cuantificada, o en informes de grupos de expertos.

Grados de recomendación para pruebas o intervenciones terapéuticas.

Grado A

Hay buena evidencia (nivel I) que apoya la inclusión de la intervención o el ensayo en el cuidado de los pacientes.

Grado B

GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	2 de 14		

Hay evidencia regular (niveles II y III)

Grado C

Hay evidencia pobre (niveles VI y V) para emitir la recomendación.

Grado D

Hay evidencia regular (niveles II y III) que recomienda NO incluir la intervención o el ensayo en el cuidado de los pacientes.

Grado E

Hay evidencia buena que recomienda NO incluir la intervención o el ensayo en el cuidado de los pacientes.

Se realizó una búsqueda sistemática de bibliografía en al menos 3 bases (MEDLINE, PubMed, Cochrane Library, LILACS), seleccionando los estudios referentes a su área que permitieron obtener el nivel de evidencia óptimo para una recomendación adecuada en esa área.

3. ALCANCE

El alcance de la guía de atención de la Fibromialgia es Descripción clínica, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento.

4. POBLACION OBJETO

Nuestra población objeto son todas las personas mayores de 18 años beneficiarios de las Fuerzas Armadas de Colombia.

5. RECOMENDACIONES

5.1 CARACTERISTICAS CLINICAS

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica generalizada, de etiología desconocida. Se trata de un problema frecuente en la práctica clínica, tiene una prevalencia del 1-2% de todas las personas adultas (3.4% mujeres y 0.5% varones), aunque no es habitual, también afecta a los niños. La prevalencia que se incrementa con la edad ocupan 10-20% de las consultas de reumatología y de Rehabilitación Reumatológica del 5-7% en una consulta de atención primaria. Es la causa más frecuente de dolor musculoesquelético generalizado crónico.

Los pacientes afectados presentan dolor muscular esquelético generalizado y múltiples puntos sensibles de localización característica, lo que ocasiona una importante discapacidad, con deterioro de la calidad de vida de los mismos, por dolor generalizado y fatiga fácil. Los estudios fisiopatológicos sugieren que la FM es una enfermedad dolorosa en la cual el mismo se origina sobre todo en la sensibilización central y en otros cambios neuronales que incluyen alteraciones en los sistemas neuronales periféricos. Dicha sensibilización central también puede estar subyacente a síntomas asociados, como la ansiedad, los problemas de sueño, la fatiga, el síndrome de colon irritable y la inestabilidad de la vejiga. En muchos casos puede que factores emocionales y psiquiátricos afecten y modulen el procesamiento del dolor y aumentan la severidad del síndrome. La experiencia del dolor se puede clasificar según 3 factores interrelacionados que afectan la sensación: intensidad, efecto y localización. Existen varios formularios y escalas para medir estos parámetros.

GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	3 de 14		

5. RECOMENDACIONES

La FM puede tener una presentación clínica común de varios desordenes fisiopatológicos y los análisis deben centrarse en los múltiples mecanismos fisiopatológicos de los que sabemos ahora que están implicados en la expresión clínica de los síntomas. Se han propuesto varias hipótesis (basadas en factores psicosociales, mecánicos o biológicos)¹. La FM secundaria suele ser secundaria a una fuerte infección, una lesión o un problema que genera fuertes dolores (por ej. colon o vejiga irritable, sensibilidad química múltiple y cefaleas tensionales crónicas, cirugía), lo cual implica cambios neurofisiológicos, que a su vez causan amplificación de la transmisión y del procesamiento del dolor del sistema nervioso central, hiperalgesia (aumento de la sensibilidad al dolor), alodinia (percepción de dolor de situaciones normales), incremento del dolor del sistema nervioso central, llamado sensibilización central^{2,3}. Se sabe que esto va asociado a un incremento de los neurotransmisores sustancia P y glutamato.

Lo mismo que algunos la consideran un desorden psiquiátrico, se puede considerar la FM un síndrome de dolor neuropático⁴. Las investigaciones en este tipo de dolor han mejorado la comprensión de la FM. Para poder evaluar los signos y síntomas y sus mecanismos subyacentes es importante, por ejemplo, distinguir entre el dolor neuropático evocado por estímulo y el espontáneo. Hay estudios recientes con neuroimágenes, como imágenes con resonancia magnética funcional (fMRI), que han demostrado que la sensibilización subjetiva del dolor puede estar correlacionada con las señales del dolor observadas en el cerebro de pacientes con FM^{5,6}.

Similar a lo que pasa en otras muchas enfermedades y síndromes, la FM también puede tener una predisposición genética. Arnold y colegas⁷ demostraron la fuerte agregación familiar de la FM: la posibilidad de sufrir FM, si la tiene un familiar, es multiplicada por 8.5. Polimorfismos genéticos en los sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos y catecolaminérgicos pueden jugar un papel en la etiopatogénesis de la FM. Estos polimorfismos no son específicos para la FM y están asociados de manera similar con otras enfermedades comórbidas adicionales⁸. También ha sido estudiado el efecto de un polimorfismo del gen que codifica la enzima adrenal catecol-O-metiltransferasa (COMT)⁹. Los hallazgos sugieren que este polimorfismo, mediante sus efectos en la vía adrenérgica, puede conferir predisposición genética en la patogénesis de la FM. Los genes promotores del transporte de la serotonina también muestran anomalías genéticas en personas con FM que parecen hacerlas más susceptibles a los efectos adversos del estrés crónico y de eventos depresivos¹⁰.

En el Hospital Militar, por la alta incidencia de pacientes mujeres de la tercera edad, este es un padecimiento de consulta frecuente en nuestro servicio. Por esta razón, es importante tener pautas claras del manejo de esta patología, que puedan ser aplicadas en forma interdisciplinaria por los servicios de Medicina Física y Rehabilitación y las áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional.

5.2 DIAGNOSTICO

Aproximadamente el 25% de los pacientes con fibromialgia no satisfacían los criterios de clasificación de 1990 del Colegio Americano de Reumatología (ACR)¹¹. En el mes de mayo 2.010 el ACR¹¹ ha publicado unos criterios simples y prácticos para el diagnóstico clínico de la fibromialgia, aptos para su uso en la atención primaria y en la especializada, que no requieren un examen de puntos sensibles, y que proporcionan una escala de gravedad (SS) para los

GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	4 de 14		

5. RECOMENDACIONES

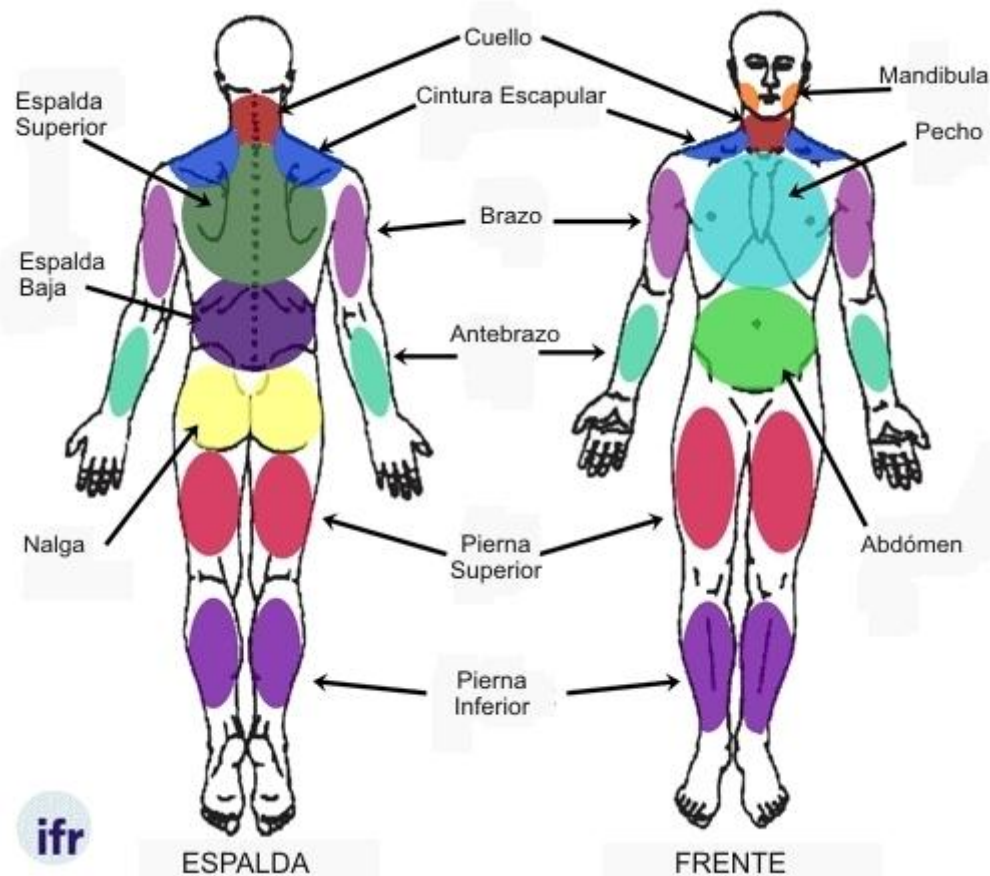
síntomas característicos de la fibromialgia.

En estos nuevos criterios se incrementa la importancia de los síntomas generalizados en detrimento de los famosos puntos gatillo. Para ello se utilizan dos escalas: La primera es el **Índice de Dolor Generalizado** (Widespread Pain Index (WPI)) y la segunda es el **Índice de Gravedad de Síntomas** (Symptom Severity Score – SS Score).

Índice de Dolor Generalizado – Widespread Pain Index (WPI)¹¹

GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	5 de 14		

5. RECOMENDACIONES



Ponga una cruz sobre cada área en la que ha sentido dolor durante la semana pasada, teniendo en cuenta que no debe incluir dolores producidos por otras enfermedades que sepa que sufre (artritis, lupus, artrosis, tendinitis, etc.):

GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	6 de 14		

5. RECOMENDACIONES

☐	Cintura Escapular Izquierda	☐	Pierna Inferior Izquierda
☐	Cintura Escapular Derecha	☐	Pierna Inferior Derecha
☐	Brazo Superior Izquierdo	☐	Mandíbula Izquierda
☐	Brazo Superior Derecho	☐	Mandíbula Derecha
☐	Brazo Inferior Izquierdo	☐	Pecho (Tórax)
☐	Brazo Inferior Derecho	☐	Abdómen
☐	Nalga Izquierda	☐	Cuello
☐	Nalga Derecha	☐	Espalda Superior
☐	Pierna Superior Izquierda	☐	Espalda Inferior
☐	Pierna Superior Derecha	☐	

Cuente el número de áreas que ha marcado y anótelo aquí: _____
 Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)³³

SS-Parte 1

Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave):

GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	7 de 14		

5. RECOMENDACIONES

1. Fatiga	
☐	0 = No ha sido un problema
☐	1 = Leve , ocasional
☐	2 = Moderada , presente casi siempre
☐	3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

2. Sueño no reparador	
☐	0 = No ha sido un problema
☐	1 = Leve , intermitente
☐	2 = Moderada , presente casi siempre
☐	3 = Grave, persistente, grandes problemas

2. Trastornos Cognitivos	
☐	0 = No ha sido un problema
☐	1 = Leve , intermitente
☐	2 = Moderada , presente casi siempre
☐	3 = Grave, persistente, grandes problemas

Sume el valor de todas las casillas marcadas y anótelo aquí: _____

Observará que el valor SS-Parte 1 oscila entre 0 y 9.

Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score – SS Score)¹¹

SS-Parte 2

Marque cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana pasada.

GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	8 de 14		

5. RECOMENDACIONES

Dolor muscular	Pitidos al respirar (sibilancias)
Síndrome de Colon Irritable	Fenómeno de Raynaud
Fatiga / agotamiento	Urticaria
Problemas de comprensión o memoria	Zumbidos en los oídos
Debilidad muscular	Vómitos
Dolor de cabeza	Acidez de estómago
Calambres en el abdomen	Aftas orales (úlceras)
Entumecimiento / hormigueos	Pérdida o cambios en el gusto
Mareo	Convulsiones
Insomnio	Ojo seco
Depresión	Respiración entrecortada
Estreñimiento	Pérdida de apetito
Dolor en la parte alta del abdomen	Erupciones / Rash
Nauseas	Intolerancia al sol
Ansiedad	Trastornos auditivos
Dolor torácico	Moretones frecuentes (hematomas)
Visión borrosa	Caída del cabello
Diarrea	Micción frecuente
Boca seca	Micción dolorosa
Picores	Espasmos vesicales

Cuente el número de síntomas marcados, y anótelos aquí: _____

Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0

Entre 1 y 10, su puntuación es 1

Entre 11 y 24, su puntuación es 2

25 o más, su puntuación es 3

Anote aquí su puntuación de la SS-Parte 2 (entre 0 y 3): _____

Suma de su puntuación SS-Parte 1+ SS-Parte 2 = _____

Compruebe que la puntuación se encuentre entre 0 y 12 puntos.

Para realizar diagnóstico de fibromialgia se necesita **YA SEA**:

GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	9 de 14		

5. RECOMENDACIONES

- 1-) Un puntaje del índice WPI ≥ 7 y un puntaje del índice SS ≥ 5 , **O**
- 2-) Un puntaje del índice WPI entre 3-6 y un puntaje del índice SS ≥ 9 .

5.3 TRATAMIENTO

Recientemente se han desarrollado recomendaciones basadas en la evidencia para abordar la FM y para ayudar a los médicos a manejar sus pacientes. Es ahora posible conseguir una mejoría beneficiosa de los síntomas de la FM en base a una combinación de estrategias no-farmacológicas y farmacológicas. La guía de la Sociedad Americana de Dolor (APS)¹² recomienda obtener un completo recuento de sangre y valorar el ratio de sedimentación de eritrocitos, enzimas musculares, función hepática y tiroidea en pacientes nuevos con menos de 11 tender points que probablemente tienen FM. En el 2006 la Liga Europea de Reumatología "EULAR"¹³ también desarrolló una guía basada en la evidencia, para ayudar a los médicos en el manejo de los pacientes con FM.

5.3.1 Educación. El primer paso es explicar al paciente con lenguaje claro y sencillo, que se trata de una enfermedad frecuente, de carácter benigno y de evolución crónica. Será necesario programar consultas sucesivas para conocer el impacto de la enfermedad en la vida del paciente, la evolución de los síntomas y su percepción de la causa de estos síntomas.

Es responsabilidad del médico minimizar la incapacidad, mantener a los pacientes lo más activos posible, en esta línea no será necesario recomendar reposo.

5.3.2 Tratamiento farmacológico.

Aunque el paracetamol y los anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) están entre los fármacos más prescritos en fibromialgia¹⁴, estos fármacos en los ECA no han demostrado ser superiores al placebo¹⁴ NE. Con los datos actuales no puede recomendarse su uso en pacientes con fibromialgia, salvo en el caso de que el paciente presente asociada otra enfermedad en la que estos fármacos sí hayan demostrado ser eficaces, como artrosis o dolor de partes blandas¹⁵. Nivel Evidencia II Grado Recomendación B.

Varios metaanálisis¹⁴⁻¹⁹ que analizan la eficacia de los antidepresivos en la fibromialgia, algunos muy recientes, apoyan la utilidad del antidepresivo tricíclico amitriptilina. Haüser et al.¹⁶, en un meta-análisis de alta calidad metodológica, concluyen que hay una gran evidencia sobre la eficacia de los antidepresivos en la reducción del dolor, la fatiga, la depresión y las alteraciones del sueño. Los antidepresivos tricíclicos son los que presentan un mayor efecto en la reducción del dolor. Las dosis utilizadas en los estudios (entre 12,5 y 50 mg de amitriptilina al día) eran mucho menores que las empleadas para tratar la depresión, lo que sugiere un efecto analgésico independiente del efecto antidepresivo. Otro metaanálisis publicado en 2008¹⁷ concluye que la amitriptilina a dosis de 25-50 mg/día reduce el dolor y la depresión y, además, mejora el sueño y la calidad de vida. Un metaanálisis específico sobre la eficacia de la

GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	10 de 14		

5. RECOMENDACIONES

amitriptilina en la fibromialgia¹⁸ también concluye que, en dosis de 25 mg/24 h, se mostró superior al placebo en los resultados sobre dolor, fatiga, sueño y la impresión global de médico y paciente. Nivel Evidencia II Grado Recomendación A

Fluoxetina. Es el primer ISRS que se utiliza en fibromialgia (20mg-40mg día)²⁰, inicialmente asociada a la amitriptilina, y se ha llegado a la conclusión de que su combinación es más efectiva que el tratamiento de la fibromialgia con ambos aisladamente²⁰. Estudios posteriores son contradictorios ya que mientras unos confirman su eficacia en diferentes dominios de la fibromialgia, otros no encuentran que sea más eficaz que placebo²⁰. Nivel Evidencia III Grado Recomendación B. Paroxetina²¹. Mejora el funcionamiento general de los pacientes con fibromialgia (100mg día) aunque no presenten depresión ni ansiedad, pero su efecto sobre el dolor parece más limitado. Nivel Evidencia II Grado Recomendación B. c) Citalopram. También hay estudios positivos de este fármaco en fibromialgia²⁰⁻²² aunque los datos son contradictorios, ya que hay estudios que no encuentran eficacia. Nivel Evidencia II Grado Recomendación B. Duloxetina. Es el antidepresivo no tricíclico que cuenta con mayor evidencia científica^{25,26}. En dosis habituales (60-120 mg/día) mejora el dolor y el funcionamiento general del paciente con o sin depresión. Nivel Evidencia II Grado Recomendación A. Milnacipram. Es un antidepresivo dual, inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina que, en dosis habituales (100-200 mg/día), mejora el dolor y el funcionamiento general de los pacientes con fibromialgia²⁷. Nivel Evidencia II Grado Recomendación B.

La pregabalina (75mg-300mg día) ha sido la primera medicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la fibromialgia. Una revisión Cochrane²⁸ afirma que es eficaz en esta enfermedad. Un meta-análisis reciente²⁹ localizó 5 ECA que comparaban pregabalina con placebo. Los autores concluyeron que existe una fuerte evidencia de eficacia en la reducción del dolor y en la mejoría del sueño y la calidad de vida. Se observó además una reducción en la ansiedad y la fatiga pero la magnitud del efecto era pequeña. No se observaron diferencias en la depresión. Un ECA51 de 6 meses de duración (The FREEDOM Trial) analizó, en 1.051 pacientes que inicialmente respondieron a pregabalina, si la duración del efecto se mantenía en el tiempo. Al final del estudio el 68% de los tratados con pregabalina comparados con el 39% de los tratados con placebo mantuvieron la respuesta terapéutica en relación a la mejora del dolor, las alteraciones del sueño, la fatiga y el nivel funcional. Nivel Evidencia II Grado Recomendación A.

Infiltración. Con anestesia local (lidocaína al 1% sin epinefrina) se infiltran los puntos dolorosos con 0.5 cc.

5.3.3 EJERCICIOS TERAPÉUTICOS. Entrenamiento aeróbico durante 20 semanas, ha demostrado ser superior al entrenamiento en ejercicios de flexibilidad, para mejorar indicadores de enfermedad (como dolor y nivel de actividad).

* Hidroterapia Destinado a mejorar el campo emocional, mental y especialmente el físico en una sola sesión

- Función de nutrición celular al combinar distintas terapias
- Propiedades relajantes del sistema nervioso y relajante muscular.

GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	11 de 14		

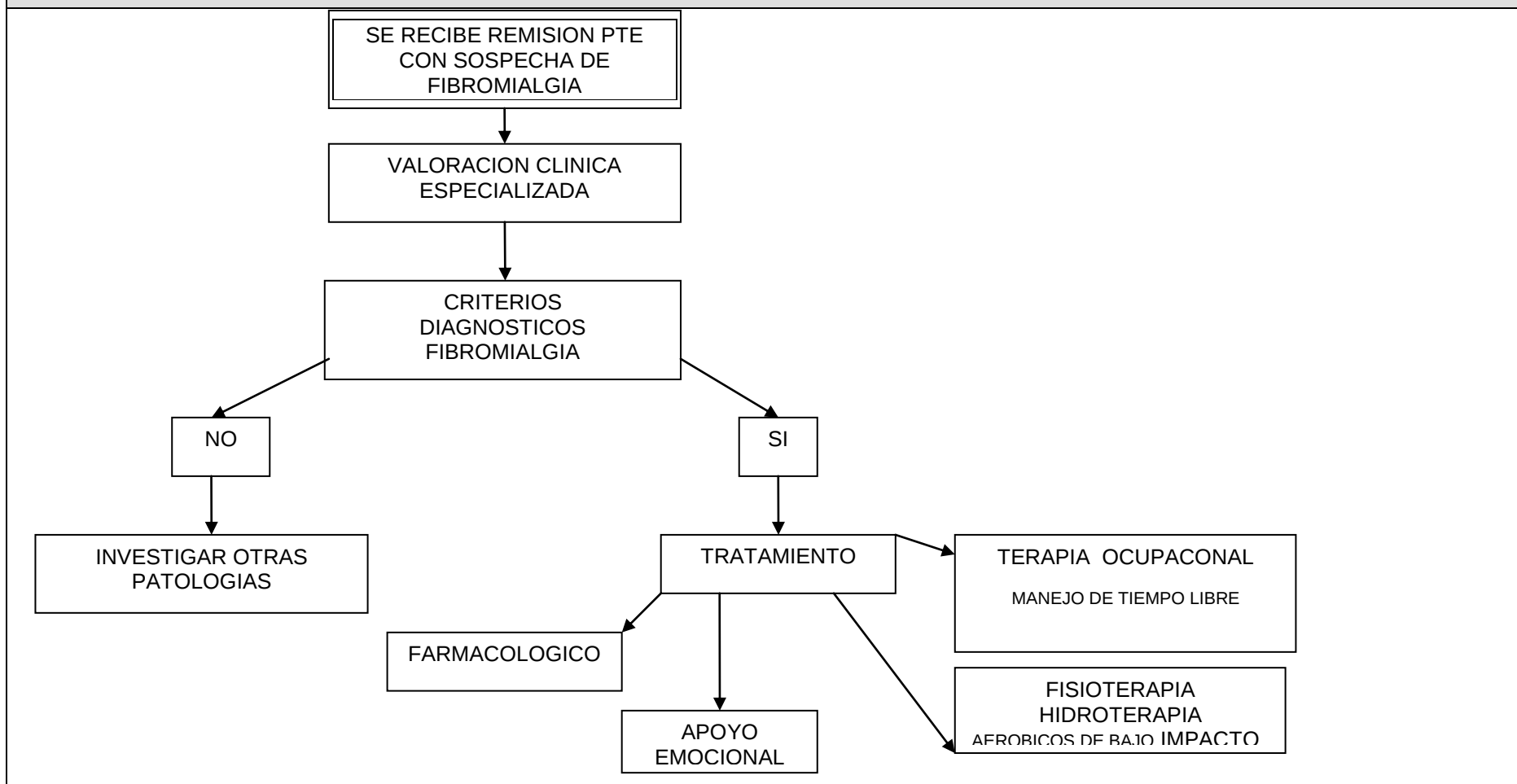
5. RECOMENDACIONES

BENEFICIOS:

1. El agua cálida causa que los músculos tensos se relajen.
2. La flotabilidad en el agua previene la sobrecarga en el sistema musculoesquelético.
3. La presión hidrostática del agua mejora la expansión del pecho, promueve la respiración efectiva y reduce el edema en el cuerpo.
4. Induce la resistencia de los músculos a microtraumas y la secreción de endorfinas.

GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	12 de 14		

6. ALGORITMO



GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	13 de 14		

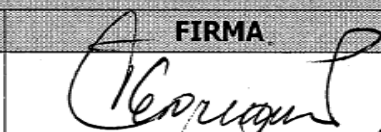
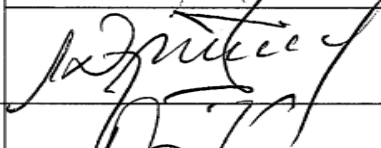
7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1				

8. ANEXOS				
BIBLIOGRAFIA 1. Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. Ann Intern Med 2007; 146:726–734. <u>Interesante revisión de la nosografía y la construcción del síndrome de fibromialgia.</u> 2. Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. Semin Arthritis Rheum 2007; 36:339–356. <u>Muy interesante concepto unificador de todos los síndromes funcionales y de somatización.</u> 3. Dworkin RH, Fields HL. Fibromyalgia from the perspective of neuropathic pain. J Rheumatol Suppl 2005; 75:1–5. 4. Desmeules JA, Cedraschi C, Rapiti E, et al. Neurophysiologic evidence for a central sensitization in patients with fibromyalgia. Arthritis Rheum 2003; 48:1420–1429. 5. Cook DB, Lange G, Ciccone DS, et al. Functional imaging of pain in patients with primary fibromyalgia. J Rheumatol 2004; 31:364–378. 6. Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. Arthritis Rheum 2002; 46:1333–1343. 7. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, et al. Family study of fibromyalgia. Arthritis Rheum 2004; 50:944–952. 8. Buskila D, Sarzi-Puttini P, Ablin JN. The genetics of fibromyalgia syndrome. Pharmacogenomics 2007; 8:67–74. <u>Muy clara revisión de los aspectos genéticos de las predisposiciones genéticas de la FM y del dolor crónico.</u> 9. GURSOY S, ERDAL E, HERKEN H, et al. Significance of catechol-O-methyltransferase gene polymorphism in fibromyalgia syndrome. Rheumatol Int 2003; 23:104–107. 10. Buskila D, Neumann L, Epstein RP. Confirmation of an association between fibromyalgia and serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism, and relationship to anxiety-related personality traits. Arthritis Rheum 2002; 46(3):845–7. 11. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res. 2010;62:600-10. 12. Burckhardt C, Goldenberg D, Crofford L, et al. Fibromyalgia Syndrome Pain Management Guideline Panel 2002–2005. Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children: APS clinical practice guidelines series. Glenview: APS; 2005. 13. Carville SF, Arendt-Nielsen L, Bliddal H, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis 2008; 67:536–541. <u>Las primeras recomendaciones basadas en la evidencia sobre el manejo de la FM.</u> Je blind, placebo controlled, modified crossover study. <u>J Rheumatol</u> . 1996;23(3):529-33. 13. Goldenberg DL. Pharmacological treatment of fibromyalgia and other chronic musculoskeletal pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2007;21:499–511. 14. Rao SG, Bennett RM. Pharmacological therapies in fibromyalgia. Best Pract Res Clin Rheumatol 2003;17:611–27. 15. Arnold LM, Keck Jr PE, Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. Psychosomatics 2001;41:104–13. 16. O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, Santoro J, Kroenke K, Jackson JL. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a metaanalysis. J Gen Inter Med 2000;15:659–66. 17. Häuser W, Bernardy K, Üçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. JAMA 2009;301:198–209. 18. Üçeyler N, Häuser W, Sommer C. A systematic review on the effectiveness of treatment with antidepressants in fibromyalgia syndrome. Arthritis Rheum 2008;59:1279–98. 19. Nishishinya B, Urrútia G, Walitt B, Rodriguez A, Bonfi I X, Alegre C, et al. Amitriptyline in the treatment of fibromyalgia: a systematic review of its efficacy. Rheumatology (Oxford) 2008;47:1741–6.				

GUIA DE MANEJO	REHABILITACIÓN DE FIBROMIALGIA	CODIGO	DR-REHA-GM-04	VERSION	03
		Página:	14 de 14		

8. ANEXOS

20. Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1996;39:1852–9.
21. Wolfe F, Cathey MA, Hawley DJ. A double-blind placebo controlled trial of fluoxetine in fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1994;23:255–9.
22. Patkar AA, Masand PS, Krulewicz S, Mannelli P, Peindl K, Beebe KL, et al. A randomized, controlled, trial of controlled release paroxetine in fibromyalgia. *Am J Med* 2007;120:448–54.
23. Anderberg UM, Marteinsdottir I, von Knorring L. Citalopram in patients with fibromyalgia—a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Eur J Pain* 2000;4:27–35.
24. Nørregaard J, Volkmann H, Danneskiold-Samsøe B. A randomized controlled trial of citalopram in the treatment of fibromyalgia. *Pain* 1995;61:445–9.
25. Russell IJ, Mease PJ, Smith TR, Kajdasz DK, Wohlreich MM, Detke MJ, et al. Efficacy and safety of duloxetine for treatment of fibromyalgia in patients with or without major depressive disorder: Results from a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose trial. *Pain* 2008;136:432–44.
26. Arnold LM, Rosen A, Pritchett YL, D'Souza DN, Goldstein DJ, Iyengar S, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder. *Pain* 2005;119 :5–15.
27. Clauw DJ, Mease P, Palmer RH, Gendreau RM, Wang Y. Milnacipran for the treatment of fibromyalgia in adults: a 15-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, multiple-dose clinical trial. *Clin Ther* 2008;30:1988–2004.
28. Moore RA, Straube S, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ. Pregabalin for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Jul 8;(3):CD007076.
29. Häuser W, Bernardy K, Üçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin – A metaanalysis of randomized controlled trials. *Pain* 2009;145:69–81.
30. Crofford LJ, Mease PJ, Simpson SL, Young JP Jr, Martin SA, Haig GM, et al. Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief (FREEDOM): a 6-month, double-blind, placebo.

APROBACION				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Dra. Carmen Teresa Esquivia	Servidor Misional en Sanidad Militar	Septiembre de 2012	
	Ct. Med Dr. Willington Chona	Médico Especialista MFR.		
REVISÓ	Alberto Jiménez Juliao	Coordinador (E) Medicina Física y Rehabilitación	Septiembre de 2012	
APROBÓ	CN medico (CNSOF). Sara Edith Moreno Mazo	Subdirector de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Septiembre de 2012	
PLANEACION – CALIDAD Asesoría Técnica del Formato	SM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Área de Calidad	Septiembre de 2012	